Boletim
Epidemiológico

Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde
ISSN online 2358-9450

Hanseníase

Boletim
Epidemiológico

Volume 49
N° 4 - 2018

Secretaria de Vigilância em Saúde − Ministério da Saúde
ISSN 2358-9450

Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016

Introdução

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*. A magnitude e o alto poder incapacitante mantêm a doença como um problema de saúde pública. Em 2016, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 143 países reportaram 214.783 casos novos de hanseníase, o que representa uma taxa de detecção de 2,9 casos por 100 mil habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos, perfazendo uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab. Esses parâmetros classificam o país como de alta carga para a doença, sendo o segundo com o maior número de casos novos registrados no mundo.[1,2]

Entre as doenças infecciosas, a hanseníase é considerada uma das principais causas de incapacidades físicas, em razão do seu potencial de causar lesões neurais. Esse alto potencial incapacitante está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *Mycobacterium leprae*. Entretanto, estima-se que 95% dos indivíduos expostos ao *M. leprae* são naturalmente resistentes à infecção. Nos 5% susceptíveis, a doença pode se manifestar de diferentes formas, a depender de fatores relacionados ao indivíduo, tais como sexo, idade e susceptibilidade genética, ou às coletividades – por exemplo, condições socioeconômicas e geográficas.[3]

Diversos autores têm apontado que tanto a hanseníase como as formas multibacilares (MB) da doença são mais frequentes nos homens do que nas mulheres. Esse predomínio é explicado geralmente pela maior exposição ao bacilo e pelo menor cuidado de indivíduos do sexo masculino com a saúde, o que retarda o diagnóstico e aumenta o risco para o desenvolvimento de incapacidades físicas.[4]

O Brasil está em consonância com as recomendações da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 da OMS, que tem como principal objetivo reduzir a carga da doença. A estratégia pauta-se em três grandes pilares: o fortalecimento do controle e da parceria governamental, o combate da hanseníase e suas complicações, e o enfrentamento da discriminação com promoção da inclusão social. Esses pilares abrangem a detecção precoce de casos, o tratamento imediato com esquema de poliquimioterapia (PQT), o desenvolvimento de pesquisas básicas e o enfrentamento do estigma, promovendo a mobilização e sensibilização junto à comunidade.[5]

Diante desse cenário e considerando as recomendações da OMS, a análise epidemiológica segundo sexo é de suma importância para subsidiar processos de elaboração, execução e implementação de políticas públicas para enfretamento da hanseníase.

A caracterização da doença por sexo permite indicar diferenças de acesso em termos da capacidade de alcance do programa e da capacidade da população em utilizar os serviços de saúde. Além disso, é possível identificar variações na carga de hanseníase entre os grupos populacionais e também discutir se estão ligadas a processos socioeconômicos, como a diferença de acesso e oportunidades.

Nessa perspectiva, este *Boletim Epidemiológico* tem por objetivo descrever o panorama da hanseníase entre os sexos no Brasil e discutir os desafios para a implementação de estratégias de controle da endemia nesses grupos populacionais.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo do perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2012 a 2016. As fontes utilizadas para a obtenção dos dados foram: (i) as notificações dos casos de hanseníase registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); e (ii) as estimativas populacionais para o ano de 2014 elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/CGIAE segundo regiões e Unidades da Federação (UFs).[6]

Para o cálculo das taxas médias de detecção de casos novos de hanseníase (para cada 100 mil habitantes) utilizou-se a média dos casos

novos diagnosticados no período de 2012 a 2016, adotando-se como denominador a população estimada para 2014, o ano central do período analisado. Foram obtidas taxas médias de detecção geral (por 100 mil habitantes) segundo sexo, por faixas etárias e taxas de grau 2 de incapacidade física no diagnóstico (por 1 milhão de habitantes).

Além das taxas de detecção, calculou-se a proporção de casos novos por sexo, de acordo com as seguintes variáveis do Sinan: (i) raça/cor da pele (branca, preta, amarela, parda, indígena); (ii) classificação operacional (paucibacilar e multibacilar); (iii) forma clínica (indeterminada, tuberculoide, dimorfa, virchowiana e ignorado/branco); (iv) modo de detecção (encaminhamento, demanda espontânea, exame coletividade, exame contatos e outros modos); e (v) exame de contatos. Para a análise da variável *escolaridade*, as categorias do Sinan foram agregadas conforme parâmetros do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saber: analfabeto+ensino fundamental incompleto (1ª a 8ª série incompleta); ensino fundamental completo+ensino médio incompleto; ensino médio completo+educação superior incompleta; educação superior completa e "não se aplica".[7]

A construção dos indicadores utilizados para análise deste boletim está elencada no Quadro 1.

Para o gerenciamento e o processamento dos dados, foram utilizados os programas Microsoft Office Excel 2013 e TabWin versão 4.1.4 de 2017.

As coortes são compostas de contatos dos casos novos paucibacilares (PB), diagnosticados no ano anterior ao da avaliação, e de contatos dos casos novos multibacilares, diagnosticados dois anos antes da avaliação. Assim, para este boletim, foram considerados os casos multibacilares diagnosticados entre 2010 e 2014, e quanto aos paucibacilares, os diagnosticados entre 2011 e 2015.

Para análise dos casos de acordo com a raça/cor da pele, foram seguidas as especificações do Estatuto da Igualdade Racial (Lei no 12.288/2010), que define a população negra como "o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)". Tendo em vista que as categorias de raça/cor utilizadas pelo IBGE são as mesmas utilizadas no Sinan, neste trabalho os casos considerados como negros são aqueles notificados em indivíduos que se autodeclararam pretos somados àqueles que se autodeclararam pardos.

Resultados e discussão

No período de 2012 a 2016, foram diagnosticados 151.764 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a uma taxa média de detecção de 14,97 casos novos para cada 100 mil habitantes. Entre estes, 84.447 casos novos ocorreram no sexo masculino, o que corresponde a 55,6% do total.

Nesse período, observou-se que a taxa de detecção por 100 mil habitantes na população masculina foi maior que na população feminina em todas as faixas etárias, sobretudo a partir dos 15 anos de idade. Além disso, essa proporção é crescente com o

Colaboradores
Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação/DEVIT/SVS/MS: Elaine da Rós Oliveira, Elaine Silva Nascimento Andrade, Jurema Guerrieri Brandão, Mábia Milhomem Bastos, Margarida Cristiana Napoleão Rocha.
Hospital Giselda Trigueiro/Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte: Maurício Lisboa Nobre.

Normalização
Ana Flávia Lucas de Faria Kama (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica
Núcleo de Comunicação/SVS

Revisão de texto
Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

Ministério da **Saúde**

Indicador	Construção	Período de análise
Taxa média de detecção de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	**Numerador**: média do número absoluto de casos novos residentes no Brasil e diagnosticados no período de 2012 a 2016. **Denominador**: população total residente no Brasil, no ano de 2014.	2012 a 2016
Taxa média de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 1 milhão de habitantes	**Numerador**: média do número absoluto de casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes no Brasil e detectados no período de 2012 a 2016. **Denominador**: população total residente no Brasil, no ano de 2014.	
Proporção de casos multibacilares entre o total de casos novos	**Numerador**: total de casos novos de hanseníase multibacilar diagnosticados no período de 2012 a 2016. **Denominador**: total de casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 2012 a 2016.	
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	**Numerador**: total de contatos examinados, dos casos novos de hanseníase no Brasil diagnosticados nos anos das coortes, tomando-se o período entre 2010 e 2014 para os multibacilares, e o período entre 2011 e 2015 para os paucibacilares. **Denominador**: total de contatos registrados, dos casos novos de hanseníase no Brasil diagnosticados nos anos das coortes, tomando-se o período entre 2010 e 2014 para os multibacilares, e o período entre 2011 e 2015 para os paucibacilares.	
Proporção da forma clínica no total de casos novos	**Numerador**: total de casos novos de hanseníase por forma clínica diagnosticados no período de 2012 a 2016. **Denominador**: total de casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 2012 a 2016.	
Proporção do modo de detecção entre o total de casos novos	**Numerador**: total de casos novos de hanseníase por modo de detecção, diagnosticados no período de 2012 a 2016. **Denominador**: total de casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 2012 a 2016.	

Quadro 1 – Indicadores utilizados na análise descritiva dos casos de hanseníase

aumento da faixa etária, apresentando, na população masculina de 60 ou mais anos de idade, uma taxa média de detecção cerca de oito vezes maior que na população menor de 15 anos (Figura 1).

As incapacidades físicas na hanseníase são importantes sinalizadores do diagnóstico tardio e manifestam-se por perda de sensibilidade protetora, diminuição da força muscular e/ou surgimento de deformidades visíveis. Ocorrem nas mãos e/ou nos pés e/ou nos olhos. Classifica-se o caso de hanseníase como incapacidade grau 0, quando a força muscular e a sensibilidade desses segmentos estão preservadas; grau 1, quando há diminuição da força muscular e/ou diminuição de sensibilidade; e grau 2, quando há deformidade visível nas mãos e/ou pés e/ou olhos.[8]

Em relação à detecção de casos novos com grau 2 de incapacidade física, o estudo revelou uma taxa média de 10,53 casos para cada 1 milhão de habitantes do Brasil, no período de 2012 a 2016. No sexo masculino, essa taxa foi bem mais elevada, atingindo 15,17 casos por 1 milhão de homens, enquanto no sexo feminino a taxa foi de 6,07 casos para cada 1 milhão de mulheres. Em média, 2.042 pessoas foram diagnosticadas anualmente com incapacidades visíveis em decorrência da hanseníase. Ao se analisar este indicador por sexo e faixa etária, observa-se que seu comportamento foi semelhante à taxa média de detecção geral, com predominância no sexo masculino e na população idosa (Figura 2).

As deformidades visíveis são uma das principais causas do estigma e do isolamento de pessoas na sociedade. Este trabalho mostra que esta situação afeta a vida de milhares de brasileiros, porque compromete mecanismos de defesa, como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, tornando-os mais vulneráveis aos riscos de acidentes, queimaduras, feridas, infecções e amputações, entre outros.[9]

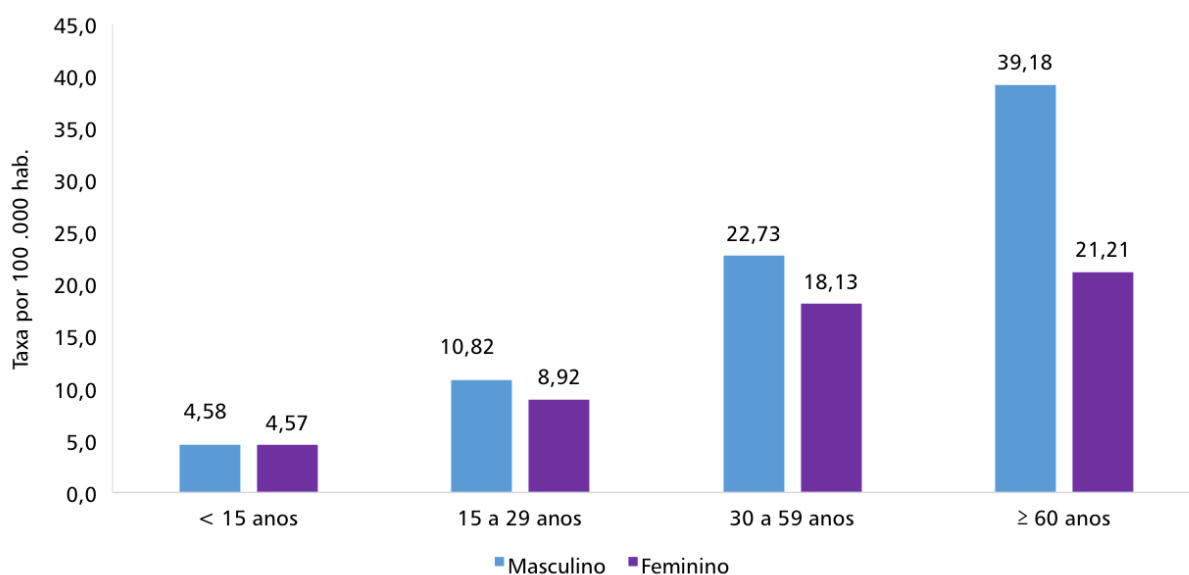
A análise dos indicadores por macrorregião mostrou que as regiões Centro-Oeste (37,27/100 mil hab.) e Norte (34,26/100 mil hab.) exibiram as maiores taxas médias de detecção geral no período analisado (2012-2016), enquanto as menores foram registradas nas regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes). Observa-se que todas as UFs, exceto o Rio Grande do Norte, apresentaram maiores taxas de detecção no sexo masculino. Os maiores valores deste indicador no sexo masculino foram registrados

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

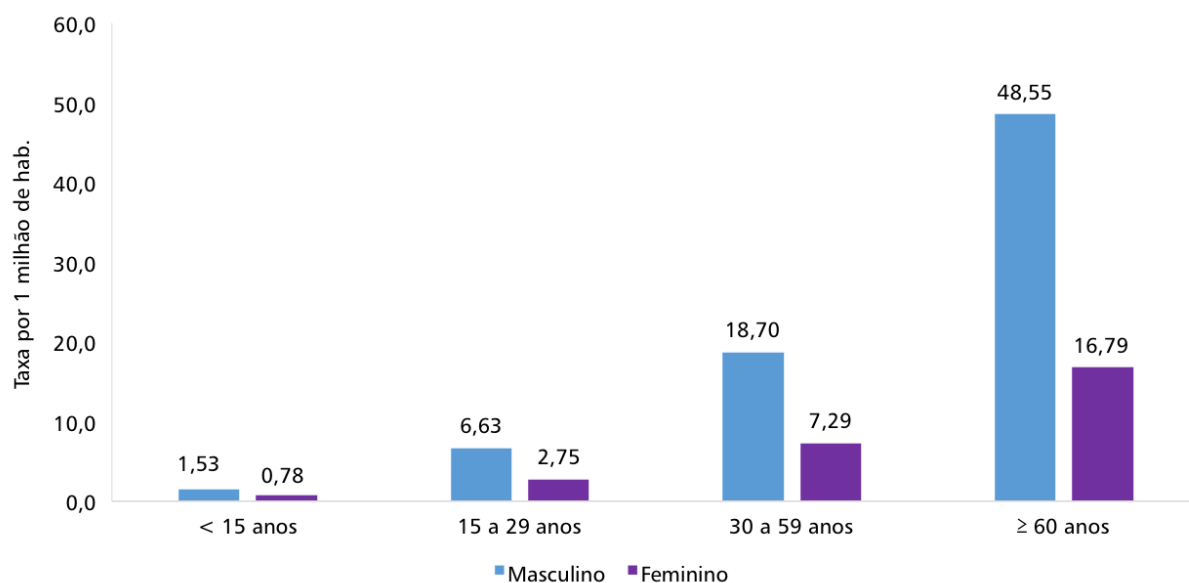
Figura 1 – Taxa média de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil habitantes) segundo sexo, e faixa etária, Brasil, 2012 a 2016

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Figura 2 – Taxa média de detecção geral de casos novos de hanseníase (por 1 milhão de habitantes) com grau 2 de incapacidade física, segundo sexo e faixa etária, Brasil, 2012 a 2016

nos estados de Mato Grosso, Maranhão, Tocantins e Rondônia, enquanto nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Alagoas as taxas médias de detecção foram mais próximas entre os sexos.

Em relação à taxa média de detecção dos casos novos com grau 2 de incapacidade física por UF, observou-se que todas as UFs apresentaram maiores taxa no sexo masculino, e que seis estados apresentaram razões de sexo iguais ou maiores que 1,5, destacando-se o Acre (1,9), o Amazonas (1,5) e Roraima (1,8) (Tabela 1).

Nos cinco anos de análise (2012-2016), 95,7% dos casos novos diagnosticados no país declararam sua raça/cor no momento da notificação. Destes, 58,9% corresponderam à raça/cor parda, 26,8% à branca, 12,8% à preta, 0,9% à amarela e 0,4% à indígena. Assim, considerando-se a definição de população negra como o conjunto de pretos e pardos (ver Métodos), observa-se uma detecção mais elevada (71,7%) da doença neste grupo populacional em comparação aos outros. Esse predomínio reproduz o contexto

Tabela 1 – Taxa média de detecção de casos novos de hanseníase (por 100 mil habitantes) e taxa média de detecção geral de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física (por 1milhão de habitantes), segundo sexo, região e UF, Brasil, 2012 a 2016

Região/Unidade da Federação	Taxa de detecção geral (/100 mil hab.)			Razão masculino/ feminino	Taxa de detecção com grau 2 de incapacidade (/1 milhão hab.)			Razão masculino/ feminino
	Total	Masculino	Feminino		Total	Masculino	Feminino	
Norte	**34,26**	**40,52**	**27,81**	**1,5**	**22,47**	**33,77**	**10,97**	**3,1**
Rondônia	38,16	43,06	33,05	1,3	26,54	33,36	19,47	1,7
Acre	18,23	23,97	12,37	1,9	8,17	14,17	2,12	6,7
Amazonas	14,83	17,83	11,77	1,5	14,26	23,69	4,71	5,0
Roraima	20,53	26,04	14,71	1,8	11,08	17,61	4,33	4,1
Pará	40,39	48,54	31,97	1,5	24,57	37,20	11,71	3,2
Amapá	15,95	18,9	12,96	1,5	14,03	22,30	5,73	3,9
Tocantins	69,13	77,01	61	1,3	42,75	61,98	22,92	2,7
Nordeste	**23,42**	**25,53**	**21,39**	**1,2**	**14,40**	**20,81**	**8,28**	**2,5**
Maranhão	53,91	61,29	46,67	1,3	34,82	50,98	18,92	2,7
Piauí	33,04	37,01	29,24	1,3	16,52	24,27	9,06	2,7
Ceará	22,24	25,78	18,84	1,4	15,15	22,89	7,80	2,9
Rio Grande do Norte	7,89	7,8	7,97	1,0	4,89	6,59	3,27	2,0
Paraíba	14,66	16,24	13,17	1,2	10,17	14,83	5,79	2,6
Pernambuco	25,9	26,35	25,47	1,0	11,56	16,16	7,29	2,2
Alagoas	10,79	10,82	10,77	1,0	9,10	12,26	6,13	2,0
Sergipe	17,59	18,47	16,75	1,1	14,59	19,89	9,58	2,1
Bahia	16,18	16,86	15,51	1,1	10,03	14,03	6,18	2,3
Sudeste	**5,31**	**6,05**	**4,59**	**1,3**	**5,65**	**8,06**	**3,36**	**2,4**
Minas Gerais	5,99	6,98	5,02	1,4	7,12	9,95	4,38	2,3
Espírito Santo	16,56	18,33	14,79	1,2	11,96	18,73	5,40	3,5
Rio de Janeiro	7,18	7,98	6,44	1,2	7,39	10,70	4,38	2,4
São Paulo	3,3	3,81	2,8	1,4	3,73	5,24	2,31	2,3
Sul	**3,75**	**4,42**	**3,1**	**1,4**	**3,90**	**5,47**	**2,39**	**2,3**
Paraná	7,13	8,44	5,85	1,4	6,37	9,08	3,75	2,4
Santa Catarina	2,49	2,95	2,02	1,5	3,35	4,86	1,87	2,6
Rio Grande do Sul	1,17	1,31	1,04	1,3	1,80	2,25	1,37	1,6
Centro-Oeste	**37,27**	**41,29**	**33,28**	**1,2**	**22,84**	**30,75**	**15,04**	**2,0**
Mato Grosso do Sul	28,74	30,19	27,27	1,1	24,27	31,41	17,18	1,83
Mato Grosso	88,9	93,2	84,38	1,1	44,55	56,07	32,54	1,72
Goiás	28,24	33,14	23,33	1,4	18,26	26,70	9,94	2,69
Distrito Federal	7,4	8,39	6,5	1,3	6,57	8,05	5,21	1,55

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

histórico da população negra no Brasil, pois este segmento, além de representar a maior parte da população do país, é o que mais padece com as desigualdades em diversos aspectos da vida social, inclusive na saúde.[10,11]

Avaliando-se a raça/cor autodeclarada por sexo no período de 2012 a 2016, novamente observa-se uma maior proporção de casos no sexo masculino em todas as raças, registrando-se a maior diferença entre os sexos na população indígena (Figura 3).

O nível de escolaridade mais frequente entre os casos novos foi o segmento analfabeto+ensino fundamental incompleto, observado em 55,0% das notificações realizadas entre 2012 a 2016. Ao analisar-se a diferença entre os sexos de acordo com a escolaridade, observou-se maior

proporção dos casos novos em homens no grupo supracitado (58,1%), seguido pelo grupo de casos com ensino fundamental completo e médio incompleto (54,0%). Entre os casos com ensino superior, houve predomínio do sexo feminino, com percentual de 59,1%. No grupo de casos com ensino médio completo e superior incompleto, praticamente não houve diferenças entre os sexos, tendo sido 51,6% dos casos registrados entre mulheres (Figura 4).

A predominância de hanseníase em homens com baixa escolaridade pode sugerir a influência dos determinantes sociais, que assumem papel importante no processo de adoecimento da população. Vale ressaltar a importância dessa informação para o planejamento das atividades, principalmente nos aspectos relacionados à educação em saúde, sobretudo na abordagem de autocuidado.[12]

No período 2012-2016, a proporção dos casos novos com classificação operacional multibacilar foi prevalente no sexo masculino (62,7%), enquanto a classificação paucibacilar prevaleceu no sexo feminino (58,6%) (Tabela 2). Esses dados refletem a alta proporção das formas clínicas virchowiana e dimorfa observada na população masculina.

A hanseníase virchowiana ocorre nos indivíduos que apresentam imunidade celular menos eficaz contra o *Mycobacterium leprae* e representa importante foco infeccioso nos casos não tratados. A forma dimorfa acomete pessoas com instabilidade imunológica contra o bacilo, constituindo tais indivíduos um grupo mais sujeito às reações hansênicas, que são uma das principais causas de surgimento de incapacidades físicas em hanseníase.[3]

Além das questões operacionais que promovem o diagnóstico mais tardio nos homens, é possível que fatores biológicos estejam envolvidos na associação entre a hanseníase multibacilar e o sexo masculino. Um estudo desenvolvido no Brasil, sobre a hanseníase multibacilar em grupos populacionais, com análise de 541.090 casos novos de hanseníase diagnosticados no período de 2001 a 2013, demonstrou que as formas multibacilares foram predominantes nos homens, inclusive entre casos detectados mais precocemente (com grau 0 de incapacidade física). O mesmo estudo comparou o índice baciloscópico do diagnóstico em 2.253 casos de hanseníase detectados na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/RJ, revelando que os homens apresentam cargas bacilares mais elevadas que as mulheres em todas as faixas etárias, mesmo entre os casos detectados com grau 0 de incapacidade física.[4]

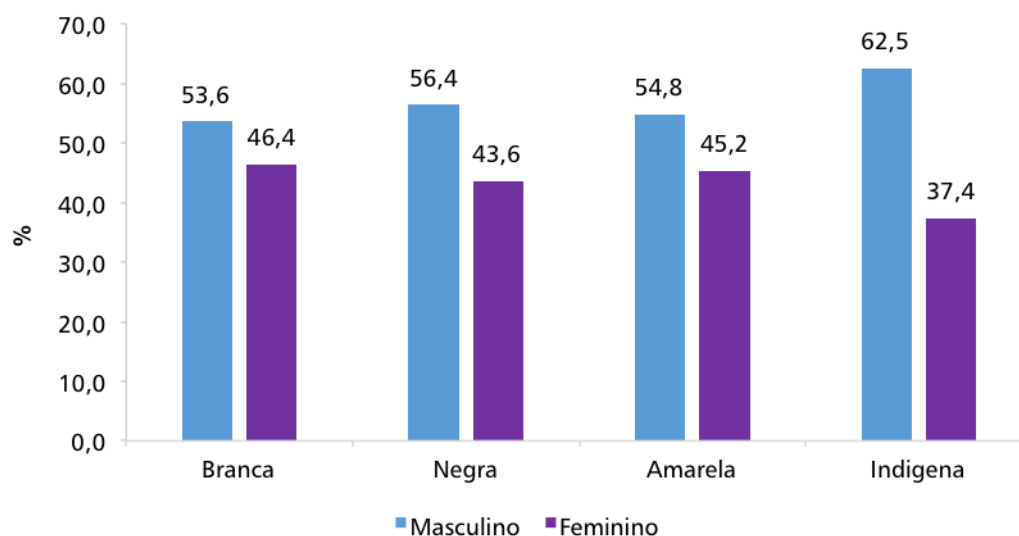
A descoberta do caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa, por investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas, e passiva, por demanda espontânea e encaminhamento.13 Na análise do modo de detecção dos casos novos de hanseníase detectados no país no período de 2012 a 2016, observou-se que o principal foi o encaminhamento (45,7%), seguido de demanda espontânea (41,0%). Vale ressaltar que apenas 7,0% dos casos novos foram detectados pelo exame de contatos.

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Figura 3 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo e raça/cor da pele, Brasil, 2012 a 2016

Quando comparamos a mesma variável entre os sexos, observamos que os homens foram detectados principalmente por modos de detecção passivo, com encaminhamento em 56,3% dos casos, demanda espontânea em 57,0%, e exame de contatos em 46,0%. Situação inversa foi observada entre as mulheres; entre elas, a maior detecção foi pelo exame de contatos (54,0%), seguido do exame de coletividade (50,7%)(Tabela 2).[13]

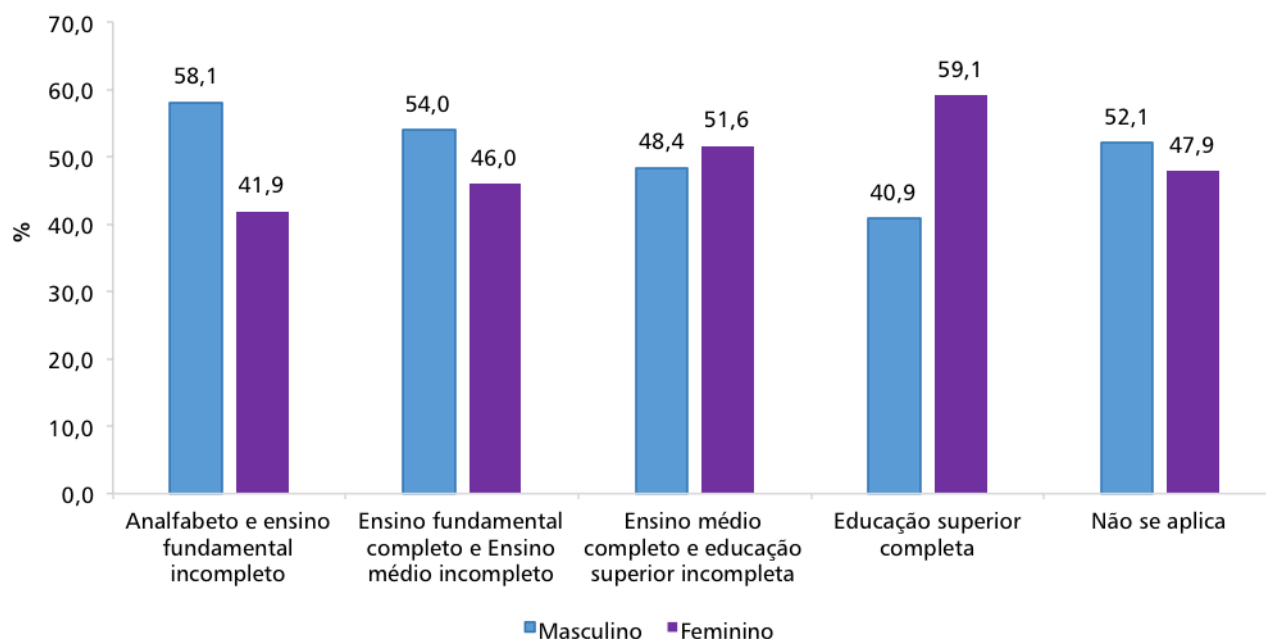
Esses dados são relevantes, pois mostram que, apesar da hanseníase ser um problema relativamente maior entre os homens, esse

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Figura 4 – Proporção de casos novos de hanseníase segundo sexo e escolaridade, Brasil, 2012 a 2016

Tabela 2 – Número absoluto e percentual de casos novos de hanseníase, segundo sexo, classificação operacional, forma clínica e modo de detecção, Brasil, 2012 a 2016

Características	Masculino (N=84.447)		Feminino (N=67.317)		Total (N=151.764)
	n	%	n	%	
Classificação operacional					
Paucibacilar	20.831	41,4	29.459	58,6	50.290
Multibacilar	63.602	62,7	37.850	37,3	101.452
Formas clínicas					
Indeterminada	10.192	43,3	13.335	56,7	23.527
Tuberculoide	11.209	42,2	15.341	57,8	26.550
Dimorfa	37.281	58,6	26.369	41,4	63.650
Virchowiana	18.787	73,1	6.908	26,9	25.695
Ignorado/branco	6.978	56,5	5.364	43,5	12.342
Modo de detecção					
Encaminhamento	39.020	56,3	30.295	43,7	69.315
Demanda espontânea	35.420	57,0	26.741	43,0	62.161
Exame coletividade	2.873	49,3	2.951	50,7	5.824
Exame contatos	4.898	46,0	5.752	54,0	10.650
Outros modos	1.413	59,5	961	40,5	2374
Ignorado/branco	823	57,2	617	42,8	1.440

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

grupo populacional provavelmente comparece menos às unidades de saúde para o controle de comunicantes. Destaca-se que a vigilância de contatos é a principal estratégia de detecção ativa para a descoberta de casos, uma vez que facilita o diagnóstico precoce, contribuindo para a queda da cadeia de transmissão e reduzindo, consequentemente, as deficiências que surgem em decorrência do atraso no diagnóstico.[14]

No período de 2012 a 2016, 77% dos contatos dos casos novos de hanseníase diagnosticados no país foram avaliados, e, entre as regiões, o Nordeste obteve percentual mais baixo (71,8%). Na comparação entre os sexos, não se observaram grandes diferenças entre os contatos examinados: foram examinados 77,7% dos contatos dos casos de hanseníase registrados em homens e 76,2% dos casos registrados em mulheres (Tabela 3).

Tabela 3 – Percentual de exames de contatos e do modo de detecção por exame de contatos da média dos casos novos, segundo sexo, Brasil, 2012 a 2016

Região/Unidade da Federação	% Exame de contatos			Detecção por exame de contatos (%)		
	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino
Brasil	**77,0**	**77,7**	**76,2**	**7,0**	**5,8**	**8,5**
Norte	**76,7**	**77,1**	**76,1**	**7,6**	**6,1**	**9,8**
Rondônia	86,2	85,0	87,7	10,9	8,7	13,9
Acre	71,1	71,6	70,2	36,3	30,3	47,9
Amazonas	75,4	75,7	74,9	7,6	6,7	9,0
Roraima	58,2	64,8	46,1	5,5	3,9	8,4
Pará	73,5	74,0	72,8	5,6	4,2	7,7
Amapá	74,6	74,0	75,3	8,8	7,8	10,4
Tocantins	88,5	90,1	86,4	7,5	6,2	9,2
Nordeste	**71,8**	**72,6**	**70,8**	**3,9**	**3,4**	**4,6**
Maranhão	70,0	71,2	68,3	3,0	2,5	3,7
Piauí	74,0	75,7	72,1	3,5	3,1	4,0
Ceará	70,2	71,1	69,2	2,4	2,5	2,3
Rio Grande do Norte	59,6	62,4	57,2	3,9	3,2	4,5
Paraíba	64,3	65,1	63,3	2,5	2,1	3,0
Pernambuco	79,0	79,8	78,3	3,7	3,3	4,2
Alagoas	72,0	71,2	72,6	3,6	3,5	3,7
Sergipe	88,6	88,1	89,2	2,8	2,7	2,8
Bahia	67,1	67,9	66,2	7,4	6,1	8,9
Sudeste	**85,6**	**86,1**	**85,1**	**7,9**	**6,1**	**10,2**
Minas Gerais	90,6	90,6	90,6	9,0	6,7	12,1
Espírito Santo	89,6	90,1	89,1	8,3	6,3	10,8
Rio de Janeiro	75,7	76,4	74,9	5,7	4,8	6,7
São Paulo	89,2	89,4	89,0	8,5	6,4	11,3
Sul	**91,1**	**91,5**	**90,5**	**6,3**	**5,2**	**7,8**
Paraná	94,2	94,4	94,0	5,6	4,8	6,8
Santa Catarina	84,5	85,2	83,7	7,1	5,4	9,4
Rio Grande do Sul	77,3	79,1	75,0	9,4	7,5	11,8
Centro-Oeste	**81,4**	**81,8**	**81,0**	**13,1**	**10,9**	**15,8**
Mato Grosso do Sul	88,2	88,6	87,9	19,4	16,6	22,6
Mato Grosso	78,4	78,1	78,7	17,7	15,3	20,5
Goiás	82,5	83,5	81,1	3,9	3,0	5,3
Distrito Federal	81,0	83,5	78,5	7,9	6,9	9,0

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Em relação ao percentual de exame de contatos por UF, observa-se que os estados de Rondônia, Amapá, Sergipe, Alagoas e Mato Grosso apresentaram maiores percentuais de contatos examinados, entre os contatos dos casos novos registrados em mulheres (Tabela 3).

Em se tratando do modo de detecção por exame de contatos entre as UFs, a proporção na população masculina apresentou os menores números nos estados da Paraíba (2,1%), Ceará (2,5%), Maranhão (2,5%) e Sergipe (2,7%), enquanto os estados do Acre (30,3%), Mato Grosso do Sul (16,6%) e Mato Grosso (15,3%) registraram os maiores números (Tabela 3).

A Estratégia Global traz como um dos seus princípios orientadores os serviços de hanseníase de qualidade com ênfase em crianças e mulheres; essa qualidade refere-se à oferta de atenção efetiva para o avanço da cobertura universal de saúde. Tal decisão tem como embasamento a baixa proporção de diagnósticos de casos novos no sexo feminino em vários países, situação que pode ser sinalizadora da diferença de acesso ao diagnóstico e ao tratamento, que afeta negativamente as mulheres.[5]

Entretanto, essa situação diverge do contexto brasileiro, para o qual estudos apontam menor utilização dos serviços de saúde pela população masculina, o que pode ser influenciado, muitas vezes, pela disponibilidade de serviços de saúde e facilidade de acesso.

Considerações finais

A partir das análises, observou-se que a taxa de detecção no Brasil, no período de 2012 a 2016, foi maior entre os homens em relação às mulheres. O sexo masculino também representa a maior parte dos casos multibacilares e com grau 2 de incapacidade física, sinalizadores do diagnóstico tardio. Esses fatos reforçam que o maior acometimento entre os homens pode estar relacionado ao menor cuidado dispensado à saúde por parte da população masculina.

Essa hipótese é corroborada pela reduzida proporção de casos novos entre homens diagnosticados pelo modo de detecção "exame de contatos". Além disso, a maior proporção de casos diagnosticados por detecção passiva, em que o indivíduo procura o serviço de saúde, sugere fragilidade nas atividades de controle da doença. Dessa maneira, faz-se necessária a ampliação de esforços nas três esferas de governo para o estabelecimento de ações que favoreçam a busca ativa, incrementando-se as atividades de detecção e a vigilância de contatos, que podem contribuir para a quebra da cadeia de transmissão da doença.

As diferenças nas taxas de detecção entre homens e mulheres apontam para a necessidade de estratégias diferenciadas, que contemplem a diversidade do panorama da hanseníase no país. Apesar dos avanços ao longo dos últimos anos, é necessário garantir a melhoria dos serviços de saúde, principalmente no que tange à atenção básica, com ampliação da descentralização das ações como estratégia fundamental para se reduzir a carga da doença, principalmente nas áreas com maior concentração de casos. Nesse aspecto, é mister priorizar ações de educação em saúde, vigilância de contatos, qualificação do diagnóstico, prevenção e tratamento de incapacidades, com enfoque diferenciado para homens e mulheres.

Referências

1. World Health Organization. Weekly epidemiological record [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [cited 2018 Jan 17]. 22 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255149/1/WER9217.pdf
2. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Informação em Saúde. Epimiológica e morbidade. Hanseníase [Internet]. 2017 [citado 2017 jan 17]. Disponível em www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752
3. Talhari S, Penna GO, Gonçalves H, Oliveira MLWDR. Hanseníase. 5. ed. São Paulo: Di Livros Editora; 2014. 217 p.
4. Nobre ML, Illarramendi X, Dupnik KM, Hacker MA, Nery JAC, Jerônimo SMB, et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: lessons from an observational study. PLoS Negl Trop Dis. 2017 Feb;11(2):e0005364.
5. Organização Mundial de Saúde. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra [Internet]. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016 [citado 2018 jan 15]. 21 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/17/9789290225201-pt.pdf
6. Ministério da Saúde (BR). Informações em Saúde. População residente no Brasil segundo faixa etária (TABNET) [Internet]. 2017 [citado 2018 jan 10]. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def

7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero. Notas técnicas. Fundamento legal e sigilo das informações [Internet]. 2014 [citado 2018 jan 15]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/apps/snig/v1/notas_metodologicas.html
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2018 jan 15]. 58 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiretrizesdoManuaTcnicoOperacionaldeHansenase.pdf
9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [citado 2018 jan 15]. 135 p. (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, n. 1). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Situação epidemiológica - dados [Internet]. 2016 [citado 2016 out 19]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseniase/11298-situacao-epidemiologica-dados
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demografico 2010 [Internet]. 2010 [citado 2018 jan 15]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12
12. Nickel DA, Schneider IJC, Traebert J. Carga das doenças infecciosas relacionadas à pobreza no Brasil. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2018 jan 15]. p. 227-253. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf
13. Ribeiro Filha C, Pina CSGA, Oliveira ER, Morelo EF, Andrade SN, Almeida EC, et al. Hanseníase. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado 2018 jan 15]. p. 309–340. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/05/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2017-Volume-2.pdf
14. Hacker MD, Duppre NC, Nery JAC, Sales AM, Sarno EN. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2012 Dec;107(Suppl 1):49-54.
15. Moura E. Perfil da situação de saúde do homem no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; Fiocruz; 2012 [citado 2018 jan 15]. 125 p. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/13/Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf